DECLARACIÓN JURADA DE INGRESOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

FECHA:_____ ID DE SOLICITUD:_____

NOMBRE:_____ ID DE SSN O FISCAL: _____

Yo, _____, juro o afirmo que mis ingresos actuales consisten en beneficios de seguridad social en la cantidad de $_____.

Por la presente, certifico que las declaraciones proporcionadas en esta declaración jurada son verdaderas y exactas a mi leal saber y entender.

Entiendo que, si se determina que soy elegible para Medicaid o un Seguro Médico Calificado, debo informar todos y cada uno de los cambios (incluidos los ingresos, la dirección, los miembros del hogar y estado de embarazo) dentro de los 10 días a Maryland Health Connection, a mi departamento de salud local o a servicios sociales, o puedo hacerlo iniciando sesión en mi cuenta en línea en http://www.marylandhealthconnection.gov.

_____ _____

FIRMA FECHA